CODERPA 84

COMITE DEPARTEMENTAL
DES RETRAITES ET
PERSONNES AGEES

JUILLET 2013

GUIDE PRATIQUE D'INFORMATIONS SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET PERSPECTIVES

Commission du maintien et de l'aide à domicile

Commission de l'hébergement collectif

Rapport des travaux de synthèse réalisés par les membres
des commissions du CODERPA 84

Adresse postale: 285 rue Raoul Follereau 84000 Avignon
Tèl: 04.90.87.12.39
Mail: coderpa84@orange.fr
Site Internet: www.coderpa84.org

Département de VAUCLUSE

LA PRESTATION DE SERVICE À DOMICILE

SOMMAIRE

Le Plan d'actions Personnalisé ou PAP

Les services à la personne malade
Les Soins Infirmiers À Domicile (SIAD)

Les Services à la personne vieillissante dans la dépendance :
Évaluation de la dépendance : le rôle du médecin traitant
La grille AGGIR mode d'emploi
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA
L'équipe médico-sociale
L'Élaboration du plan d'aide
Procédure d'attribution et de révision

Trouver une structure d'aide ou d'accueil
- Le CCAS
- Le CLIC
- Les services du Conseil général : Site le temps de vivre
  Annuaire des Services et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

L'agrément des structures d'intervention et les contrôles : les procédures

Réflexions du CODERPA 84 sur le maintien et l'aide à domicile

Le vieillissement de la population aujourd'hui en France soulève beaucoup de questions : Dans quelles conditions vivront nos seniors ? Jusqu'à quand pourront-ils garder leur indépendance ? Auront-ils les moyens de vivre en maison de retraite ? Mais auront-ils seulement envie d'y aller ? Leur choix de vivre à domicile est-il un choix véritable ou est-il imposé par des critères économiques ?

Dans le Vaucluse, en région PACA, comme en France, la population vieillit. Dans les prochaines années, ce mouvement va encore s'accentuer avec l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses du baby-boom.

L'espérance de vie en France est en hausse et atteint aujourd'hui 84.5 ans pour les femmes et 77.8 pour les hommes.

En 2009 les 60 ans et plus représentaient 22.6% de la population française totale. En 2050 ils représenteront plus de 32%.
Plus de 90% des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à leur domicile en bonne santé ou dans un état de santé en voie de dégradation.

Déjà en 2010, le Vaucluse comptait 140 000 personnes âgées de 60 ans ou plus.

Ce nombre de personnes âgées serait en passe de devancer le nombre de jeunes de moins de vingt ans. On compterait 166 000 personnes âgées de 60 ans ou plus en 2020, soit 26 000 supplémentaires par rapport à aujourd'hui. On dit parfois que les personnes âgées sont « une charge » pour la société, car le nombre des personnes âgées ayant besoin d'être aidées au quotidien pour conserver leur autonomie est en augmentation.

Autrement dit on vit de plus en plus longtemps et c'est une chance, mais les besoins des personnes âgées dépendantes sont de plus en plus grands. En effet la population des 75 ans et plus

et l'indice de vieillissement désignant le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans indiquent une population vieillissante dans le département, supérieure à celle de la région *.

Malgré l'urgence du problème, la France a accumulé ces dernières années, un retard considérable en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes.

La problématique de l'accompagnement des personnes âgées fragilisées ne peut se résumer à une question économique.
Les personnes âgées sont une chance et non pas une charge car leurs besoins génèrent des emplois au service des personnes âgées. De plus les services à la personne ne peuvent pas être délocalisés à l'étranger et enfin les maisons de retraite constituent un employeur de premier choix.

L'écrivain humoriste Henri Vincenot souligne l'importance économique des grands parents. Malheureusement à un certain moment, ce rôle bienveillant à l'égard des petits-enfants s'inverse. Ce n'est que le juste retour des choses si les personnes âgées peuvent bénéficier de «l'enveloppement nécessaire» pour un vieillissement heureux.

Notre département n'échappe pas à cette problématique.
Depuis longtemps, le département s'est préoccupé du « bien vieillir » dans ce terroir de soleil, de vignoble et de vin.
En effet les « anciens » jouent un rôle fondamental dans la vie sociale vauclusienne. Ils assurent du lien social et animent bénévolement les associations luttant contre la dégénérescence de l'âge.

Les personnes âgées sont victimes de l'« âgisme » une discrimination par l'âge et par le handicap.
La dépendance n'est pas une maladie mais une lente dégradation de l'état général de la personne qui perd son autonomie.

Dans ce département où 25% de la population est âgée de plus de 60 ans, le vieillissement ne poserait pas de problèmes si cette population âgée vieillissante était riche et bien portante. Malheureusement, contrairement aux apparences, le vieillissement dans le Vaucluse est marqué par la pauvreté et la dépendance qui s'installent avec la perte d'autonomie.

Le Conseil général en charge de la gestion des personnes âgées, a élaboré son schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour la période 2012-2016. Ce programme d'aide a été adopté par les élus à la majorité.

Le CODERPA 84 qui a donné son avis sur ce document a mis en place deux commissions qui ont eu à réfléchir sur les deux formes de prise en charge publique des personnes âgées :
Le maintien et l'aide à domicile pour les personnes âgées vieillissantes et le placement en Institution ou ses variantes innovantes que la lecture du guide pratique d'accompagnement des personnes âgées propose de découvrir.

***Source** : *Schéma Régional d'organisation médico-sociale composante du projet régional de santé PACA-2012-2016 émanant de l'ARS.*

La PRESTATION de SERVICE À DOMICILE

Chaque individu dans le courant de son existence peut avoir recours à un service d'aide à domicile.
Ce service peut être assuré par des organismes prestataires de service privés ou des associations qui apportent ponctuellement une aide à la suite d'une maladie qui provoque une légère ou passagère perte d'autonomie.
Dans ce cas pour faire face aux tâches de la vie quotidienne (courses, entretien du cadre de vie, préparations des repas, démarches administratives) on peut recourir à sa mutuelle assurance. Elle

vous orientera vers des prestataires de service ou vous pourrez devenir employeur- mandataire.

Si vous faites appel à une personne indépendante vous pouvez la payer en Chèque Emploi Service Universel ou CESU. Dans ce cas vous payerez le coût de la prestation à la personne qui sera votre salariée. Suite à son intervention, et chaque mois vous payerez les charges que vous déclarerez au CENTRE NATIONAL DU CHEQUE EMPLOI SERVICE UNIVERSEL
(Voir annexe)

Cet organisme fera pour vous le calcul des charges et vous devrez les acquitter. De plus au moment de la déclaration des impôts sur le revenu vous pourrez déduire 50 % des charges.

Le PLAN D'ACTIONS PERSONNALISE ou PAP :
En tant que retraité vous pouvez disposer d'un Plan d'Actions Personnalisé :

Dans le cadre de votre statut de retraité vous pouvez faire le 39 60 ou contacter votre caisse de retraite.

Vous recevrez un dossier de demande d'aide à remplir puis la visite d'une évaluatrice. Elle répondra à vos questions, vous donnera des conseils puis élaborera un PAP (plan d'actions personnalisé) avec vous.
Il varie selon les cas : menus travaux, aide-ménagère, portage des repas, téléassistance, sorties accompagnées…
Sa validité est de deux ans, mais il peut être revu à tout moment et il est plafonné à 3000 euros par an (participation du retraité incluse).

En 2010 quelques 246 000 retraités ont bénéficié d'un PAP, 9600 d'une aide à l'habitat et 44 000 d'un plan d'aide au retour d'hospitalisation.

L'aide à domicile dans le cadre d'une dépendance :
Avec le vieillissement s'installe la dépendance.

Le concept de service à domicile est un des axes de réflexion de la part du Conseil général pour répondre au mieux aux besoins de la population vieillissante.
De même l'habitat adapté pour maintenir la personne âgée dans son environnement familier est une seconde préoccupation. . Ce projet s'inscrit dans le développement du parcours de vie.

Les aides à la personne :

Entretien du cadre de vie et ménage essentiellement.
- Aide au lever et au coucher
- Aide à la mobilité
- Aide à la toilette non médicalisée
- Aide à l'habillage
- Aide au déplacement à l'intérieur du logement

- Le portage des repas

- Conception Préparation et Aide à la prise des repas
- Réalisation et Livraison des courses

-Aide à la prise de médicaments par le service de soins infirmiers à domicile ou des infirmières libérales.

-Réalisation des tâches administratives

-Accompagnement à des activités de loisirs

-Garde de jour/nuit

Ce n'est que dans le cadre d'une dépendance de la personne que l'aide à domicile en charge d'intervenir devra avoir des compétences de plus en plus précises d'où la classification du personnel d'intervention en 3 catégories :
- Aide à domicile
- Assistante de vie

- Auxiliaire de vie sociale titulaire du Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)

Le référentiel de ce diplôme récent mérite d'être utilisé pour une parfaite adéquation entre les exigences de la profession et les compétences réelles manifestées.

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE :
Le médecin traitant établit le certificat médical destiné à la commission médico-sociale du département qui détermine le degré de dépendance.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique –Groupes Iso-Ressources) ou communément appelée GIR (Groupe iso-recherche) sert à évaluer la dépendance d'une personne âgée.

Après la visite à domicile de l'équipe médico-sociale (infirmière et assistante sociale du secteur) la commission départementale attribue l'Aide Départementale Personnalisée d'Autonomie. (ADPA) ou Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA.

Il existe six niveaux de dépendance auxquels correspondent des besoins et une aide spécifique.

- GIR 1 et 2. Personne fortement dépendante
- GIR 3 et 4. Personne moyennement dépendante
- GIR 5 et 6. Personne faiblement dépendante

Cet outil d'analyse construit sur l'observation du médecin traitant matérialise le résultat du diagnostic médical. Il est donc confidentiel et couvert par le secret médical.
Nous pensons qu'une bonne observation par la famille ou les proches permet de faciliter l'échange avec le médecin

Afin de permettre aux parents ou aux aidants qui souhaitent comprendre les difficultés rencontrées par un proche nous avons repris les explications de la note explicative pour renseigner la grille d'évaluation de l'autonomie. (Voir annexe)

Cette grille évalue l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personne âgée en dehors de toute aide apportée par les aidants et les soignants mais avec l'apport éventuel d'aides matérielles et techniques (prothèse auditive, canne, fauteuil roulant, poches de colostomie etc…

La grille mode d'emploi :
Elle comporte 10 variables regroupées en 4 types d'activités :

Chaque variable est évaluée par le médecin traitant qui donne une valeur : A B C
Pour chacune des activités :

La valeur A : Si la personne âgée FAIT seule, spontanément, totalement ou habituellement (par rapport au temps) ou correctement (une activité conforme aux usages et aux normes de la société).

La valeur B : Si la personne FAIT partiellement ou non habituellement ou non correctement une activité

La valeur C : Si la personne NE FAIT PAS l'activité observée.

I. Les ACTIVITÉS MENTALES retenues sont celles observables par le comportement.
1. La Cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique, sensée et correcte par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

NB : **La modalité sera B** Si par exemple la personne présente par moment une conduite rationnelle et par moment

irrationnelle ; si elle prétend à tort qu'on l'a volée sans poser d'autres problèmes.

La modalité sera C Si par exemples la personne se promène toute nue dans l'escalier, prend sa mère pour sa fille ou montre d'autres aspects de pertes de repères sociaux.

D'autre part les troubles du comportement s'exprimeront aussi dans la perturbation d'autres variables comme la toilette ou l'habillage qui se feront de manière incorrecte.

2. L'orientation : se repérer dans le temps et reconnaître les mois, les saisons, les moments de la journée (matin, soir, nuit ou les lieux habituels (la maison, le quartier)

NB : **La modalité sera B** Si par exemple la personne se trompe mais rarement de pièce ou si la personne est orientée dans le temps ou dans l'espace mais selon les moments.

La modalité sera C Si par exemple la personne se trompe pratiquement toujours de pièces et si elle prend le jour pour la nuit etc…

II. Les ACTIVITÉS CORPORELLES : Certains actes corporels révèlent la perte d'autonomie :

1. La Toilette : assurer son hygiène corporelle.

La modalité sera B Si la toilette est effectuée correctement mais avec incitation, surveillance et/ou préparation des affaires de toilette ;
Si la toilette est faite incomplètement par exemple la toilette du haut (visage, tronc, membres supérieurs, rasage), mais pas celle du bas (région intime membres inférieurs).

2. L'habillage et le déshabillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter et mettre un habit adapté à la situation, aux conditions météorologiques

Attention
La modalité sera B Si l'habillage est effectué uniquement avec incitation et/ou préparation des vêtements : il est incomplet ou incorrect, habillage du haut mais pas du bas par exemple : ou la personne ne s'habille pas seule mais par contre elle se déshabille seule.

3. L'alimentation Se servir (remplir son verre, peler un fruit, ouvrir un pot de yaourt et manger (c'est-à-dire porter les aliments à la bouche et les avaler).

La modalité sera B Si la personne doit être incitée à se nourrir et /ou à boire ou ne mange pas correctement.

La modalité sera C Si la personne ne mange pas seule (même si elle peut se servir approximativement) si elle ne se sert pas (même si elle peut manger).
Elle sera C encore si elle ne peut ni se servir ni manger.

4. Hygiène et Élimination : Assurer soi-même l'hygiène des fonctions d'élimination.
Quel que soit le degré de continence (Ne pas assimiler hygiène et continence).

Attention :
La modalité sera B Si la personne doit être incitée de façon intermittente ou si les changes sont posés parfois correctement parfois incorrectement.

La modalité sera C Si la personne doit être incitée ou conduite systématiquement pour se rendre aux toilettes ou si elle ne peut pas placer ses protections elle-même en cas d'incontinence.

III. Les ACTIVITÉS DE DÉPLACEMENTS :

1. Transferts : Passer d'une des 3 positions couché/assis/debout) à une autre avec si nécessaire du matériel adapté (lit à hauteur variable, sièges adaptés, potences, etc...

La modalité sera C Si aucun des 3 transferts n'est possible.

2. Déplacements à l'intérieur : Se déplacer dans la maison ou en INSTITUTION avec le matériel nécessaire adapté (cannes, déambulateurs, fauteuil roulant...)

Attention :

La modalité sera B Si les déplacements ne peuvent avoir lieu dans toute la maison ou toute l'unité de vie. (Cette modalité explore l'adaptation au handicap de l'habitat : escaliers, marches, etc.)...

La modalité sera C Si la personne n'effectue pas seule ses déplacements, c'est à dire sans la présence d'un aidant (famille ou aide à domicile ou aide-soignant).

3. Déplacements à l'extérieur : Se déplacer hors du lieu de vie, passer le seuil de son habitation

Attention :

La modalité sera B Si la personne sort rarement, rend visite à des voisins de palier mais ne sort pas dans la rue

La modalité sera C Si la personne ne sort pas spontanément.

IV. Les ACTIVITÉS D'ALERTE:

Communication à distance : Utiliser les moyens de communication à distance (téléphone, téléalarme, sonnette d'appel en INSTITUTION, etc...)

Attention :

La modalité sera B Si l'utilisation en est incorrecte

Elle sera C Si la personne ne peut utiliser aucun de ces moyens ou si elle ne dispose pas d'au moins l'un d'entre eux.

La grille comporte également une variable illustrative des activités domestiques et sociales :

- Ménage, cuisine
- Achats (même par correspondance) et gestion du budget
- Transport et vie extérieure relationnelle
- Respect et prise du traitement

La compréhension de ces indications vise à faciliter la lecture de la grille et à améliorer les échanges de la famille ou des aidants avec le corps médical intervenant à domicile ou en milieu institutionnel.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ou APA :

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est une allocation destinée aux Personnes âgées dépendantes. Son fonctionnement est différent selon que la personne âgée réside à domicile ou est hébergée en établissement.

À domicile le versement de l'APA est lié à la mise en œuvre d'un « plan d'aide personnalisé » adapté à la situation de dépendance pour chaque personne.

L'élaboration du plan d'aide à la personne :

Il s'agit en quelque sorte du cahier des charges auquel doit se soumettre le prestataire de service d'aide à domicile ou l'employeur d'une personne intervenant à domicile dans le cadre du CESU :

Entretien du cadre de vie, aide à la toilette et à la prise de repas par exemple.

L'obtention de l'APA est soumise à trois conditions :

- Résider en France de façon stable et régulière,
- Avoir plus de 60 ans et
- Être en situation de perte d'autonomie.

Attention : Lors de la visite à domicile l'équipe médico-sociale veillera à la sécurité de la personne : gaz, électricité, sanitaires.

Procédure :
Lorsqu'une personne âgée vivant à domicile souhaite bénéficier de l'APA, une équipe constituée d'une équipe médico-sociale (infirmière et assistante sociale du Conseil général) procède à un examen de la situation de dépendance.

Elle se rend au domicile pour contrôler la perte d'autonomie évaluée par le médecin traitant.
L'équipe médico-sociale du territoire élabore avec la personne dépendante de GIR 1 à 4 un Plan d'Aide Personnalisé destiné à recenser les besoins et à faire la liste de toutes les aides qui lui sont nécessaires pour rester à domicile.
Il peut s'agir de services à domicile (emploi d'une auxiliaire de vie sociale, portage des repas, aide-ménagère, etc…) aussi bien que d'aides techniques (fauteuil roulant, canne, déambulateur, lit médicalisé etc…

L'APA sert à financer uniquement les dépenses inscrites dans le plan d'aide personnalisé.

Si l'état de santé se dégrade et que des besoins nouveaux apparaissent il faudra procéder à une demande de révision d'APA.

La révision du montant minimum de l'APA s'effectue annuellement au 1er avril avec l'ensemble des Aides sociales.

En fonction des revenus, une participation financière peut être demandée au bénéficiaire de l'APA. Celle-ci ne peut servir qu'à financer le Plan d'Aide Personnalisé.

Des justificatifs de dépenses peuvent être demandés au bénéficiaire et le versement de l'APA peut être suspendu en cas de non présentation des justificatifs. Par ailleurs des vérifications de déclarations et des contrôles peuvent être effectués par les services chargés de l'évaluation des droits à l'APA.

Pour plus d'informations sur l'APA à domicile vous pouvez vous adresser au Centre Communal d'Action Sociale de votre commune (CCAS) ou au Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) le plus proche de chez vous.

Trouver une structure d'aide ou d'accueil

Le Centre Communal d'Action Sociale
Un centre communal d'action sociale (CCAS) en France, est un établissement public communal intervenant principalement dans trois domaines :

- L'aide sociale légale qui de par la loi est sa seule attribution obligatoire.
- L'aide sociale facultative qui est la traduction de la politique d'action sociale déterminée par le maire Président du

CCAS et les élus de la commune (Exemple : attribution secours).
- L'animation des activités sociales

Le CCAS existe de plein droit à l'échelon local et sa compétence s'exerce uniquement sur le territoire de la commune.

Le Centre Communal d'Action sociale est une personne morale de droit public ou plus précisément un établissement public à caractère administratif (EPA) communal

ou intercommunal (Art. L 123-6 du Code de l'action sociale et des familles).
Son contentieux relève de la juridiction administrative.

Les Centres communaux d'action sociale ont été créés par le décret du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance complété en 1954-1955.
Ils résultent de la fusion des anciens Bureaux de bienfaisance et des Bureaux d'assistance créés respectivement par des lois de 1796 et 1823.

Pour remplir sa tâche le CCAS dispose d'un conseil d'administration présidé par le maire de la commune ou le président de la communauté de communes.

Il dispose d'un budget autonome et du personnel relevant de son autorité.

Composition :

Le conseil d'administration présidé par le maire comprend de 13 à 15 membres élus par le conseil municipal en son sein.
Et de 4 à 8 membres nommés par le président de façon obligatoire.

- Un représentant des associations œuvrant dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre les exclusions

- Un représentant des associations familiales désigné sur proposition de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)

- Un représentant des associations de retraités et des personnes âgées du département

- Un représentant des associations de personnes handicapées du département.

Le conseil d'administration est habilité à prendre des délibérations.

Ainsi le conseil d'administration vote l'ensemble des documents budgétaires et décide des actions à mener.
Il émet son avis sur les demandes d'aide sociale facultative et est chargé de pourvoir à l'exécution de ses délibérations notamment par le vote des crédits et la création des emplois nécessaires.

Ses moyens :
Le CCAS dispose d'un budget autonome avec 3 sources de financement

- Les ressources propres : dons legs et produits de quêtes et collectes

- Les ressources liées à la gestion des services et aux actions créées et gérées par le CCAS dont les participations des Conseils généraux et des Caisses de retraites.

Les ressources extérieures non affectées à une action précise proviennent de la subvention communale qui constitue l'apport prépondérant et obligatoire au fonctionnement de tous les CCAS.

Pour appliquer les délibérations prises par le conseil d'administration le CCAS dispose d'un personnel soumis aux mêmes règles que les agents communaux ayant le statut de la fonction publique territoriale.

Depuis 1926 les CCAS sont fédérés au sein de l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS)

Le CLIC :
Le Centre Local d'Information et d'Orientation est un service public de proximité gratuit pour les seniors et leur entourage. Son objectif est de regrouper dans un guichet unique les réponses aux problématiques rencontrées par les personnes âgées.

Financé par le Conseil général il répond à une triple logique de proximité et d'accès

facile aux droits et de travail en réseau avec les acteurs locaux.
Ils sont fortement marqués par leur indépendance.
Le CLIC est un lieu de ressource pour les questions se rapportant au maintien à domicile, à la vie quotidienne et aux démarches à effectuer pour l'accès aux établissements.

À quoi sert le CLIC ?
L'activité du CLIC s'articule en 3 niveaux de compétences définis par le Conseil général :

1. **Accueillir informer et orienter**. Les agents d'accueil analysent la situation et les besoins de la personne et l'orientent vers la solution la mieux adaptée au problème rencontré. Ils peuvent ainsi faciliter l'accès aux droits aux services appropriés (remise d'un dossier d'ADPA),- informer sur les conditions de prise en charge et sur les services existants

- remettre les coordonnées de partenaires agrées du territoire et guider les personnes dans leurs démarches.

2. **Évaluer les personnes à leur domicile.**
   Certaines situations complexes rendent nécessaires une évaluation de la situation au domicile de la personne concernée. Les assistantes sociales de service se déplacent alors pour rencontrer l'intéressé accompagné de toute autre personne (aidant) afin de rechercher la solution la plus adaptée à ses besoins.

3. **Suivi des dossiers** : En fonction de nouveaux éléments un réexamen de la situation pourra être réalisé.

Le CLIC évalue les besoins des seniors et oriente vers les services existants.

Il dispose d'une base de données actualisée des services présents sur la commune ou le canton (aides à domicile, portage des repas, établissements d'hébergement, accueil de jour, soins infirmier à domicile (SSIAD) service de téléassistance.

En revanche le CLIC ne gère aucune prestation.
Le CLIC travaille également à la diffusion d'informations auprès du public et des professionnels via la mise à disposition d'un vieux documentaire et l'organisation de conférences ou d'animation.

Le CLIC intervient sur l'environnement communal ou sur un ensemble de communes.

Dans le Vaucluse on compte 8 CLIC actuellement.

Le Conseil général travaille à une nouvelle organisation avec une meilleure spécification entre les 3 niveaux de compétence des CLIC:

- Le niveau d'information et d'orientation
- Le niveau d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'accompagnement
- Le niveau de l'évaluation, de l'élaboration du plan d'accompagnement et de l'intervention.

Le CODERPA devrait avoir un rôle de fédérateur des CLIC.

Cette année le Conseil général envisage de porter de 8 à 9 le nombre des CLIC dont le rôle important doit être renforcé dans les missions d'accompagnement et de suivi pour la prévention et la vigilance.

Les services du Conseil général :
Deux sources d'informations importantes :
Le site : le temps de vivre du Conseil Général 84

L'annuaire des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).

L'agrément des structures d'intervention et les contrôles

Pour assurer la qualité des services, les structures d'aide, de soins et de services à domicile sont soumises à des procédures d'agrément ou d'autorisation par les pouvoirs publics, les autorisant à exercer leur activité auprès des personnes. Pour s'y retrouver et comprendre de quoi il retourne en évitant de se perdre dans des informations trop complexes ou techniques voici l'essentiel à retenir.

L'agrément :

L'agrément est délivré par le préfet du département c'est à dire l'état, pour 5 ans. Un seul agrément existe. Cependant, le cahier des charges de l'agrément est différent selon les personnes fragiles ou non auprès desquelles les structures de service à domicile interviennent.

Dans les faits, il convient donc de distinguer les 2 agréments suivants :

L'agrément qualité

C'est un agrément au cahier des charges exigeant et détaillé, obligatoire pour les structures qui interviennent auprès des publics dits « fragiles », tels que les enfants de moins de 3 ans, les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes handicapées.

L'agrément qualité concerne les activités suivantes pour les personnes âgées ou handicapées :

Assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux.

Assistance aux personnes handicapées y compris les activités en langue des signes ou des techniciens spécialisés.

Garde malade à l'exclusion des soins,

L'agrément simple

Cet agrément simple est facultatif. Il peut être demandé par les structures proposant des prestations à domicile tous publics. On les dit « de confort » lorsqu'elles sont comprises dans une liste dont voici un extrait :

Entretien de la maison et travaux ménagers, petits travaux de jardinage, activités concourant directement à coordonner et délivrer les services à la personne, préparation des repas à domicile, y compris le temps passé à faire les courses, etc...

Pour les particuliers, l'agrément ouvre droit à des réductions d'impôts voire des crédits d'impôts pour ceux qui ont recours à des services fournis par une association ou une entreprise ou pour l'emploi d'un salarié à domicile.

La fourniture de services à la personne par une entreprise ou association agrée, ouvre droit d'une part à l'application du taux réduit de TVA et d'autre part à une exonération de cotisations sociales.

L'autorisation est délivrée pour 15 ans par le président du Conseil général (Administration territoriale) ou le préfet pour les services de soins infirmiers.

Réflexions du CODERPA 84 sur le maintien et l'aide à domicile

Pour répondre à la demande de nombreuses personnes âgées dans le besoin, de nombreux services sont mis en place sur le marché.

Afin de répondre plus efficacement aux besoins d'aides et pour organiser rationnellement les offres d'intervention, le Conseil général de Vaucluse a organisé le secteur des interventions sociales en pôle Autonomie et Sante au

sein de la Maison Départementale de l'Autonomie. Celle-ci agit dans deux directions :

- Usagers et prestations pour l'autonomie,
- Ingénierie et Partenariat pour l'autonomie.

Adresse : Direction PA-PH du Conseil général Pôle des interventions sociales
6 Boulevard Limbert Avignon
Numéro vert : 0800 125 135.

Le plus grand volume d'heures d'intervention pour l'aide à domicile est assuré par 3 grandes associations dans le Département:

- La Fédération d'Aide à Domicile en Milieu Rural,
- - La Croix Rouge
- - Présence à Domicile.

Selon la volonté politique des communes le CCAS intervient aussi délibérément dans l'aide à domicile.
Ailleurs de petites associations contribuent au maintien à domicile.

Toutes doivent répondre au cahier des charges imposé par l'agrément.

Les premières mesures des politiques publiques d'aide aux Personnes âgées remontent aux années 1970.

Aujourd'hui, l'allongement de la durée de la vie, l'évolution de la société, du mode de vie, de l'habitat et de la structure familiale aboutissent à une prise en charges des personnes âgées de moins en moins importante.
En général les caisses de retraite s'impliquent aussi de moins en moins et le reste à charge ou participation financière des bénéficiaires est déterminé en fonction des revenus.

Le choix d'un placement à domicile ou en institution publique ou privée varie selon les revenus.

Le choix du vieillissement pour les personnes âgées ne résulte pas d'une réelle volonté mais il est conditionné par le niveau des pensions de retraites.

Aujourd'hui plus de 85% des français expriment le souhait de rester à domicile en étant accompagné, soigné, encadré par des professionnels compétents. Dans le même temps les pouvoirs publics tendent eux aussi à développer le maintien à domicile moins coûteux que l'hébergement.

Dans ces conditions il est important d'établir une règle claire et précise pour maintenir une égalité entre les personnes âgées sur le territoire.

Annexes
Aide à domicile : quelles perspectives d'avenir Hugues VIDOR Directeur général d'Adessadomicile.

Bilan des politiques sociales et perspectives à l'action sociale Ouvrage collectif chez Dunod.

LA PRESTATION EN MILIEU INSTITUTIONNEL

SOMMAIRE

La Tarification des Maisons de Retraite et des EHPAD

- Le forfait soins
- Le forfait dépendance
- Le forfait hébergement

LES STRUCTURES ALTERNATIVES et INNOVANTES

- Les foyers logements
- L'habitat adapté
- Le logement intergénérationnel : le cas de Logitude
- L'Accueil familial
- La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer ou MAIA

LA PRESTATION EN MILIEU INSTITUTIONNEL

Il est très important de bien choisir sa maison de retraite.

Il faut apprendre à déchiffrer ce que cachent les sigles désignant les différents types d'établissement :

EHPA Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées ou **FL** : Foyer logement

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée.

Les établissements pour personnes âgées peuvent être classés en deux catégories :

Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées (EHPA) qui s'adressent à des personnes âgées valides,

Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) a développé les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Âgées (MARPA).

Il s'agit de logements individuels de plein pied regroupés autour d'un espace collectif.

Les maisons de retraites médicalisées (EHPAD) sont de 3 types :

- Des EHPAD publics habilités à l'aide sociale
- Des EHPAD commerciaux à but lucratif avec quelques lits qui peuvent être habilités à l'aide sociale
- Des EHPAD associatifs à but non lucratif habilités à l'aide sociale ou pas.

Il est nécessaire de s'informer sur le type d'établissement auprès du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) de votre lieu de résidence ou auprès de Conseil général ou consulter le site du Conseil Général 84.

Dans les EHPAD on peut trouver des services d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour.

La tarification des maisons de retraite ou EHPAD.

Le tarif est constitué de 3 éléments :

Le forfait soins, le tarif dépendance et le tarif d'hébergement :

Le forfait soins prend en charge les soins médicaux et para médicaux nécessaires pour traiter les troubles physiques ou psychiques des résidents.

Il recouvre également les soins paramédicaux liés à la dépendance.

Le forfait soins est versé directement à la maison de retraite par l'Assurance maladie.

Attention : les visites des médecins traitants et les consultations ou visites des médecins spécialistes de ville ne sont pas inclus dans les tarifs soins et sont ainsi à la charge des résidents ainsi que les médicaments et tout traitement.

Les règles de remboursement sont alors les mêmes que s'ils vivaient à leur domicile.

Le tarif dépendance est pris en charge par l'APA versée par le Conseil général, sauf le ticket modérateur qui correspond aux montants du GIR 5 et 6.

Il y a trois tarifs dépendance dans une maison de retraite.
Le tarif le plus élevé est appliqué aux personnes de GIR 1 et 2.
Le tarif intermédiaire aux personnes des GIR 3 et 4.
Le tarif le plus bas aux personnes des GIR 5 et 6.

Les prestations de coiffure, de manucure et de pédicure sauf les soins relevant de la prévention des escarres sont presque toujours à la charge des résidents.

Attention les tarifs pratiqués pour toutes ces prestations diffèrent d'une maison de retraite à une autre et ils peuvent représenter un surcoût important pour les résidents.

La liste détaillée des tarifs de chacune des prestations non comprises dans le forfait hébergement doit être annexée au contrat de séjour et affichée dans le hall d'entrée de l'établissement.

Le tarif hébergement est entièrement à la charge des résidents. Il peut varier sensiblement d'un établissement à un autre car il ne comprend pas les mêmes prestations dans toutes les maisons de retraite.

Certaines établissements facturent le blanchiment du linge tandis que d'autres l'incluent dans le tarif d'hébergement.

Les frais d'administration (accueil, personnel administratif etc…) la restauration, les activités d'animation qui ne sont pas liées à la dépendance des personnes accueillies varient d'un établissement à l'autre.

Les autres coûts à la charge des résidents :

Les prestations facturées aux résidents en dehors du forfait hébergement varient selon les maisons de retraite. Toutefois certaines dépenses sont récurrentes :
Les produits de toilette quotidiens (savon, déodorant, mousse à raser Etc… sont toujours à la charge du résident. Le téléphone et la télévision sont en général facturés aux résidents.

Il est fortement conseillé de connaître les prestations de service et leur facturation.

Du fait de la diversité des frais supplémentaires facturés aux résidents selon les établissements rend difficile l'estimation du coût moyen d'une maison de retraite.

Toutefois, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) indique que le coût minimum constaté varie de 1500 pour une maison de retraite en milieu rural à 2900 euros par mois et peuvent pour certaines maisons de retraites dépasser 5000 euros.

Au final le montant mensuel moyen à charge des résidents observé par l'IGAS

est de 2299 euros par mois (Enquête Aout 2009) Mais il ne s'agit là que d'une estimation.

Vous pouvez vous renseigner auprès des maisons de retraite publiques ou privées ou au CODERPA qui vous communiquera les adresses et les tarifs.

Auprès des services du Conseil général qui justifie son rôle d'administration de proximité.

Chaque établissement est tenu de remettre à l'entrée :

- **Un livret d'accueil**
- **Un règlement intérieur**
- **Un contrat de séjour avec l'arrêté préfectoral précisant la tarification qui doit être affichée dans le hall d'entrée.**

LES STRUCTURES ALTERNATIVES ET INNOVANTES

LES FOYERS LOGEMENTS

Les Logements Foyers représentent aujourd'hui 20% de l'offre globale d'hébergement pour les personnes âgées, soit 115 000 places et 2 300 établissements.

Crées dans les années 1960-1970 dans le cadre des politiques d'amélioration de l'habitat, les Logements Foyers sont des logements indépendants qui proposent à leurs résidents des équipements et services à la carte (Blanchisserie, restauration, etc...)

Les résidents peuvent également faire appel à des services de soins à domicile, à des médecins et des infirmières libérales de leur choix.

La vocation première de ces établissements était d'offrir un habitat collectif aux personnes âgées autonomes à revenus modestes.

Dans ce cadre les personnes âgées peuvent bénéficier d'une aide au logement (APL) et de l'aide sociale sous condition.

C'est une solution alternative et de proximité entre le maintien à domicile et l'EHPAD, Ce type d'habitat collectif permet de lutter contre l'isolement des personnes âgées qui se trouvent indépendantes comme à domicile mais avec des services communs.

Cette forme d'habitat un peu abandonnée depuis la création retrouve aujourd'hui un regain d'intérêt notamment pour le département, les bailleurs et l'intercommunalité.

De nombreux établissements sont confrontés aux enjeux du vieillissement de leurs résidents et doivent faire face à une réglementation de plus en plus contraignante.

Il est donc nécessaire d'analyser les contraintes de cette réglementation et envisager des propositions comme :

L'augmentation du GMP (GIR Moyen Pondéré) qui doit demeurer inférieur à 300 dans le cadre de la législation sécurité-incendie appliquée aux Logements Foyers.

Actuellement seules les personnes GIR 5 et 6 sont admissibles en Foyers Logements. Il faudrait s'intéresser au GIR 4. (Voir rapport Broussy).

Mise en place d'un forfait autonomie permettant l'instauration d'une stratégie de prévention du vieillissement au sein des établissements.

Le financement reste à déterminer.

Réfléchir à de nouveaux modes d'hébergements, véritables passerelles

entre le Logement Foyer et les établissements médicalisés.

Toutes ces réflexions présentées à la Direction générale de la cohésion sociale pour positionner les Foyers Logements comme une véritable proposition d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'établissement médicalisé.

L'HABITAT ADAPTE : Hibiscus de Monteux

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de département a pour objectif de développer des formes de logement innovantes et adaptées.

A Monteux ville de 10 989 habitants en 2010 dans la périphérie de Carpentras, 22% de la population a plus de 60 ans et l'attente de logements ainsi que la demande sont fortes.

Le projet de résidence Hibiscus répond à un véritable besoin et à une volonté de maintenir les personnes âgées à domicile.

Il s'agit d'une résidence mixte de 55 logements collectifs 15 villas et 20 logements adaptés pour personnes à mobilité réduite.

Les programmes d'habitat adapté sont intéressants pour l'inter-générationnalité et parce qu'ils associent dans un ensemble locatif plusieurs services : entretien, animation et soins.

Le Conseil général est dans une logique d'accompagnement des municipalités qui le souhaitent comme Lapalud, La Tour d'Algues, Althen des paluds, Blauvac, Loriol du Comtat ou autres.

LE LOGEMENT INTER GÉNÉRATIONNEL : Le cas de Logitude

Un autre exemple de logement adapté est fourni par l'association << la Logitude >>.

Il s'agit d'une forme de logement partagé en cohabitation et colocation pour développer la mixité intergénérationnelle et sociale avec solidarité.

Le logement intergénérationnel : une idée qui séduit.

Cette formule de cohabitation originale proposée par l'association Logitude contribue à l'extension de l'offre de logements pour les jeunes.
La présence d'un jeune permet aux seniors les plus âgés leur maintien à domicile avec plus de sécurité, et offre aux seniors plus jeunes, un complément de revenu nécessaire lorsqu'ils sont confrontés à un accident de la vie.

(Perte du conjoint ou de son travail, solitude et logement trop spacieux suite au départ des enfants pour des études ou autres).

Ce mode de logement est plus qu'un simple toit. Dans tous les cas il s'agit de recréer le lien et la solidarité entre les générations ...

D'autre part, le logement intergénérationnel est une réponse aux enjeux de mixité sociale, dans le sens où des jeunes et des seniors issus de milieux sociaux différents cohabitent.

En effet, la crise du logement associée à la crise sociale et financière, que nous traversons dans ces moments difficiles, a de réelles conséquences auprès de nos concitoyens.

Nous persistons dans notre idée que le logis solidaire devient une nécessité et pensons que la solidarité est une valeur phare pour les prochaines années.

Depuis une petite décennie, des dizaines d'associations se mobilisent dans toute la

France pour proposer aux personnes âgées une alternative à la solitude.

Leur vocation : mettre en relation des seniors qui vivent dans une maison trop grande pour eux avec des jeunes qui recherchent un logement à prix réduit.
Et ainsi favoriser le maintien à domicile pour le uns et répondre à la pénurie de logements pour les autres.

Depuis sa création en Mars 2009 à Avignon, l'association « La Logitude, le logis solidaire » 06.30.82.86.60 ou lalogitude.com, fait partie du réseau national « COSI : Cohabitation Solidaire Intergénérationnelle ».

La Logitude, qui intervient dans le département du Vaucluse et limitrophes (Gard et Bouches du Rhône), repose son action sur une idée toute simple :

La présence active et amicale d'un jeune au côté du senior ne se substitue pas aux services de soutien à domicile existants ou qui seraient nécessaires.

La Logitude n'est pas une agence immobilière, proposer ou demander une chambre à l'association implique de partager cette initiative et d'adhérer au projet.

Présentation succincte de l'activité de la structure :

Faciliter l'accès au logement des étudiants, stagiaires, jeunes travailleurs en assurant le lien avec des personnes plus âgées disposant d'un espace d'habitation libre.

Le principe est simple : logement à prix réduit contre présence (2 formules possibles en fonction du niveau d'engagement)

- *Logement contre présence, pas de compensation financière demandée à l'occupant mais une présence plus importante (être rentré tous les soirs, être présent deux week-end par mois et la moitié des vacances scolaires) ;*
- *Logement contre indemnité d'occupation de 200€ / mois versée à l'accueillant et ouvrant droit aux allocations logement.*

L'ACCUEIL FAMILIAL

Il s'agit pour certaines familles qui ont fait la demande auprès du Conseil général d'obtenir l'autorisation ou agrément de recevoir des personnes âgées dépendantes ou non ou des personnes handicapées.

La commission d'agrément délivre l'autorisation de recevoir un public fragilisé après enquête sur l'adaptation du logement.

LA MAISON POUR L'AUTONOMIE et l'INTÉGRATION des MALADES d'ALZHEIMER ou MAIA.

Cette structure innovante est au service des malades atteints de la maladie d'Alzheimer :

L'état a fait appel à projet innovant.
Le département de Vaucluse a déposé un dossier de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer ou MAIA.

La Maison de l'Autonomie chapeautera l'ensemble du dispositif dans le Haut Vaucluse pour les communes de Valréas, Vaison la Romaine et Orange qui présentent un bon réseau de professionnels.

Le premier exemplaire de ce réseau d'intervenants sera mis en place et aura pour mission d'évaluer les besoins et de coordonner les interventions.

Pour la zone du Grand Avignon, Vaucluse Alzheimer assure un bon partenariat avec le département en attendant un futur développement.

CONCLUSION et PERSPECTIVES

Nous avons noté un retard considérable dans la prise de décision en matière d'aide aux personnes âgées.

Une loi sur le vieillissement en cours d'élaboration doit voir le jour avant la fin de l'année.

Trois rapports ont été remis au premier ministre en présence de la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie.

Les documents issus des débats de 2011 serviront de base à l'élaboration de la loi sur le vieillissement prévue fin 2013 ou début 2014.

La loi devra répondre à la règle des trois AAA.

A COMME ANTICIPATION

« Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société » Ce rapport du docteur Jean Pierre Aquino répond au souci de prévention.

Lors des colloques du CODERPA 84 notre intervenant favori le professeur Patrice BROCKER a toujours souligné combien en France nous ne sommes pas forts pour la prévention. Cette fois-ci nous Allons, nous y intéresser car ce thème est repris dans le Schéma Régional d'Organisation médico-sociale défendu par l'Agence Régionale de Santé.

Cette prévention conçue dans une approche globale (médicale, psychologique, sociale, environnementale) de la personne, s'appuie sur la pluridisciplinarité des acteurs et concerne différents domaines.

Elle relève donc d'une démarche interministérielle.

Elle s'adresse aux retraités mais aussi aux pré- retraités, aux personnes victimes d'une maladie pouvant induire des pathologies, aux personnes en fin de vie, etc.

Le rapport souligne l'importance de la recherche et de l'innovation et s'inscrit dans le refus de la fatalité. Il contient notamment 35 fiches actions couvrant de nombreuses thématiques.

A COMME ADAPTATION

Le rapport de Luc Broussy « France année zéro ! » reconnaît le retard pris par la France dans le domaine de l'adaptation des structures au vieillissement de la population : aménagement et construction de logements, quartiers générateurs de lien social, conception de la ville, transports, commerces.

Le Conseiller général du Val d'Oise, Maire-Adjoint de Goussainville spécialiste de terrain et des Maisons de Retraite préconise un État jouant un rôle d'impulsion et de régulation.

Il souhaite un renforcement des missions et des pouvoirs de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ainsi que la mise en place d'un guichet unique sous la forme de Maisons départementales de l'Autonomie comme cela a été fait dans le département de Vaucluse.

Il considère le vieillissement comme une chance pour l'emploi, 350 000 emplois non- dé-localisables à créer et pour le développement des technologies.

Il insiste sur le rôle des grands- parents allant jusqu'à proposer un congé de grand-parentalité pour garder les petits enfants !

Des mesures doivent être prises pour aider les aidants.

En effet sans leur contribution et notamment celle des familles, de nombreux maintiens à domicile ne pourraient être réalisés.

A COMME ACCOMPAGNEMENT

Cela devrait être le troisième volet de la loi : la prise en charge de la perte d'autonomie. La ministre a considéré que les multiples rapports issus des débats de 2011 rendaient inutile d'en élaborer un de plus, repoussant ainsi la question du financement.

Pourtant il est urgent de décider.

Le secteur « personnes âgées » est sous-doté en personnel, tant à domicile qu'en établissement, et en moyens pour les plans d'aide.

Malgré les propositions, celles-ci n'ont jamais trouvé d'aboutissement faute de moyens ou de volonté politique.

Devant l'augmentation des besoins et de la démographie de la population en perte d'autonomie, la diminution des ressources des Conseils généraux, il est urgent de revoir la hauteur et le niveau des financements.

Il s'agit de mieux prendre en compte les personnes mais aussi de bien reconnaître les métiers et les professionnels en matière d'aide à domicile.

60% des salariés de la branche ont un niveau de salaire au niveau du SMIC contredisant ainsi toute volonté de professionnalisation.

La question capitale du financement est loin d'être réglée.

Quant à la question du reste à charge elle reste entière.

Il est urgent que la prise en charge de la perte d'autonomie soit assurée par :

La solidarité nationale au sein de la Sécurité sociale

et financée par une cotisation progressive et universelle basée sur la totalité des revenus et non par une taxation spécifique des seuls salariés et retraités.

Bibliographie :

Jérôme PELLISSIER intervenant au Colloque 2009 du CODERPA 84, écrivain-chercheur, auteur de « La guerre des Âges » chez Grasset

Michèle DELAUNAY, Sociologue au Conseil général « Études démographiques » pour l'intervention au Colloque 2010 du CODERPA 84.

Comptes rendus sur le site du CODERPA 84 : www.coderpa84.org .

Composition des commissions

- **BACCHIOCCHI Stella**, membre du bureau du CODERPA 84, De la LOGITUDE

- **BRIGATI Marcel,** membre du bureau du CODERPA, FO

- **DOR Jean-Marie**, Vice-président de l'association de gestion, Finances retraités

- **ELEDJAM Jocelyn**, Vice-président du CODERPA, instituteur retraité

- **GIACARDI Daniel**, Membre du bureau du CODERPA 84, CGT

- **GRANOUX Adrienne**, Membre du CODERPA 84, CGT

- **GROMELLE Michel,** Trésorier de la gestion du CODERPA

- **JAUSSAUD Lucien**, Membre du bureau du CODERPA, CNRM FIDIPRA UNAPA

- **ORTIZ Yves**, Trésorier adjoint de la gestion du CODERPA, FO

- **PAYAN Pierre**, Membre du bureau du CODERPA 84, Personnalité qualifié

- **PONCEAU François**, Membre du bureau du CODERPA 84, CFDT

- **ROUANE Michel**, Membre du bureau du CODERPA 84, UNR PRG

- **SAINT LEGER Laurent**, Membre de la gestion du CODERPA, FENARA

- **SAT Maurice**, Secrétaire général du CODERPA 84, ADMR

- **SILVESTRE Charles**, Trésorier adjoint De la gestion du CODERPA 84, FGR

- **VIALLE Françoise**. Vice-présidente de la gestion du CODERPA 84, FNAR

Remerciements à Mesdames,
- ***ALTABELLA Monique**, FENARA et **VERGIER Nathalie**, Directrice CCAS de Vedène, pour l'aide apportée aux membres des commissions du CODERPA 84, lors de l'élaboration de ce guide pratique d'informations sur l'accompagnement des personnes âgées et perspectives.*